

# THE OAKS – FORMA PARA AUTORIZACIÓN MEDICA Y ASEGURANZA

Rev. 02/17/2010

## Información del Solicitante (Por favor use letra de molde en pluma)

Iglesia o Organización: \_\_\_\_\_ Fecha del Evento: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M /  F  
Nombre Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio de correo electrónico (Para Preguntas Médicas) \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

## Información de Contactos en Caso de Emergencia

Nombre Padre/Madre o Guardián: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Contacto Alternativo: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

## Alergias

Abeja o picadura de insectos: \_\_\_\_\_ Tratamiento/ Medicina: \_\_\_\_\_ Alguna Otra Medicina (apunte): \_\_\_\_\_

Alimentos (apunte): \_\_\_\_\_ Alguna Otra Alergia: \_\_\_\_\_

## Salud Actual

Medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_  
*(DEBEN ser traídos en su recipiente original con las instrucciones)*

Actividades en que no puede participar: \_\_\_\_\_ Discapacidad física: \_\_\_\_\_

La última inmunización de tétano (DPT) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha del último Examen Físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Limite(s) de miedos y temores? \_\_\_\_\_ ¿Restricciones Dietéticas? \_\_\_\_\_

## Historial de la Salud (Anote el año que padeció la enfermedad, anote la condición y describa abajo)

- |                               |                                      |                                    |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| _____ ADD/ADHD                | _____ Diabetes                       | _____ Dolor de Musculos/Coyunturas |
| _____ Anemia                  | _____ Diarrea/Constipación           | _____ Lesiones de Rodillas         |
| _____ Apendicitis             | _____ Dislocación                    | _____ Sarampión                    |
| _____ Asma                    | _____ Irregularidad alimenticia      | _____ Migrañas                     |
| _____ Dolor/lesión de Espalda | _____ Problema Emocional/Conducta    | _____ Mononucleosis                |
| _____ Mojar la cama           | _____ Epilepsia o Convulsiones       | _____ Mareos por Moción            |
| _____ Hemorragias/Coagulación | _____ Desmayos o Mareos              | _____ Pulmonía                     |
| _____ Presión alta/baja       | _____ Fracturas                      | _____ Fiebre Teumática             |
| _____ Bronquitis              | _____ Infecciones de oído frecuentes | _____ Sarpullido/Irritaciones      |
| _____ Varicela                | _____ Visícula                       | _____ Sonámbulo(a)                 |
| _____ Colitis                 | _____ Alergia al polen               | _____ Torceduras/Distensiones      |
| _____ Conmoción Cerebral      | _____ Insolación                     | _____ Tuberculosis                 |
| _____ Lentes (ojos)           | _____ Problemas del Corazón          | _____ Tumor/Bulto                  |
| _____ Calambres, severos      | _____ Hepatitis A, B, o C            | _____ Ulceras                      |
| _____ Cistitis                | _____ Hernias                        | _____ Dificultades Urinarias       |
| _____ Dentaduras              | _____ SIDA                           | _____ Enfermedades Venéreas        |

Detalles de lo arriba mencionado: \_\_\_\_\_

Anote cualquier lesión, enfermedad o discapacidad no mencionada y el año que ocurrió: \_\_\_\_\_

Hospitalización o cirugías : (anote la fecha, motivo, nombre y lugar del hospital) \_\_\_\_\_

# THE OAKS – FORMA PARA AUTORIZACIÓN MEDICA Y ASEGURANZA

Rev. 02/17/2010

## Autorización Médica y Aseguranza

ESTA INFORMACION DE SALUD ES CORRECTA, de acuerdo a mi conocimiento. En el evento que la persona a contactar en caso de emergencia no pueda ser localizada durante las fechas del programa anotadas en esta forma, YO DOY PERMISO al médico elegido por THE OAKS, para hospitalizar, dar el tratamiento necesario, ordenar inyecciones, anestesia, tratamiento dental y/o cirugía para este solicitante. YO DOY PERMISO para que THE OAKS provea al solicitante un proveedor de primeros auxilios para administrar primeros auxilios y medicinas sin receta médica cuando sea necesario para una enfermedad o lesión al igual que cualquier medicamento anotado arriba. CONCUERDO de que fotocopias de esta forma completada deben ser consideradas legalmente validas y vinculantes a los viajes fuera de la propiedad del campamento. CONCUERDO en obtener y mantener cobertura de aseguranza personal cubriendo al solicitante en el programa con una renuncia de los derechos de subrogación que reflejen el hecho de que la aseguranza personal del solicitante debe sustituir y ser usada antes de cualquier cobertura provista por World Impact, Inc. En la ausencia de la aseguranza antes mencionada, CONCUERDO en pagar todos los costos de rescate y/o servicios médicos provocados por el solicitante.

## Reconocimiento de Riesgos y Capacidades

RECONOZCO que hay un elemento significativo de riesgo en cualquier deporte o actividad asociada con la naturaleza y ESTOS RIEZGOS PUEDEN INCLUIR pero no se limitan a árboles que caen, rocas o otros objetos, plantas venenosas, reptiles e insectos, animales domesticos y salvajes, atravesar terreno empinado, disparejo y tierra suelta, exposición a los elementos, relampagos, fuegos, cruzar riachuelos, agua sin procesamiento, inundaciones, deslizamientos, depender de otros miembros del grupo para su seguridad física y emocional, contacto con rocas asperas o resbalosas, fallas o mal uso de equipo, lesiones causadas por enredos con cuerdas, cables o algún otro equipo y en ocasiones lugares lejos de facilidades médicas modernas y asistencia de rescate. ESTOY CONCIENTE que ciertas porciones del programa requieren actividad física y que se le pedirá al solicitante que camine, corra, se estire, escale, empuje, jale y desempeñe actividades físicas rigurosas y potencialmente riesgosas que pueden duplicar el latir de corazón en reposo. YO VOLUNTARIAMENTE CONCUERDO en participar en el programa. Realizando que condiciones médicas pre-existentes pueden afectar la habilidad del solicitante para participar en el programa, ADEMÁS CONCUERDO en obtener una opinión médica calificada si es que el solicitante es mayor de 50 años y/o si yo dude de su habilidad de participar. CONCUERDO en cumplir con las restricciones de actividad y participar solo a la medida que mi condición médica, física, emocional, u otra condición no me ponga en un riesgo innecesario a mí o a otros participantes o al personal del programa. ADEMÁS RECONOZCO que el exponerme a estos riesgos, rigores y peligros puede resultar pero no limitado a la separación del grupo, golpes, lesión física, trauma emocional, discapacidades permanentes incluyendo pérdida de la vista y en casos extremos muerte. Conociendo estos riesgos y consecuencias potenciales, YO CERTIFICO que el solicitante es totalmente capaz de participar en las actividades del programa que pueden incluir pero no están limitadas a senderismo, viajar con mochila al hombro, redondear, escalar rocas, bajar en cuerdas, juegos de iniciativa, cuerdas bajas, cuerdas altas, andar en cuevas, montar bicicletas de montaña, paintball, andar a caballo, pescar, nadar, deportes en el agua, andar en barco, rafting, tiro con arco, usar la jaula de batear, deportes individuales incluyendo patineta, deportes de equipo excepto en los anotados en las restricciones arriba mencionadas.

## Asumiendo Responsabilidad

YO asumo responsabilidad total por el aplicante durante sus acciones en el programa y sus consecuencias, sin limitaciones a cualquier lesión a su persona o su propiedad o alguna inconveniencia que resulte de cualquier circunstancia relacionada a dichas acciones. YO el aplicante estoy de acuerdo a seguir las reglas acordadas en el manual de grupos y comunicado verbalmente por el PERSONAL DE THE OAKS.

## Convenio de Buena Fe

CONCUERDO que THE OAKS tiene el derecho de rehusar a cualquier solicitante que juzgue ser incapaz de cumplir con los rigores y requisitos de participar en estas actividades. Yo, el aplicante CONCUERDO que cualquier decisión hecha por el personal de THE OAKS será vinculante sobre el solicitante. THE OAKS reserva el derecho de despedir a cualquier solicitante (a su propia expensa) que por medio de sus acciones o falta de accionar, causa o provoca un evento que sea perjudicial al mejor interés de ellos mismos o los demás.

## Permiso para el Participante, Transportación, y Promoción

YO CONCEDO PERMISO para que el solicitante participe en todas las actividades de THE OAKS y de ser transportado por miembros del personal de World Impact, Inc. quien será un chofer licenciado legalmente en todas las actividades ofrecidas por THE OAKS, en o fuera de la propiedad del campamento por la duración de la sesión de acampamiento. YO DOY PERMISO a World Impact, Inc. de usar fotos/videos del participante tomadas durante el campamento y respuestas de la evaluación, cartas o entrevistas que tengan que ver con la experiencia en el programa para propósitos de promoción y comercialización.

## Renuncia de Responsabilidad

YO LIBERO DE OBLIGACION y concuerdo en INDEMNIZAR, DEFENDER Y SOSTENER INOFENSIVO a World Impact, Inc. su mesa directiva, oficiales, directores, empleados, consejeros, agentes y voluntarios y cada uno de los dueños de propiedades, municipalidades y/o agencias gubernamentales sobre cuya propiedad la actividad se condujo, de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, pérdidas, costos, gastos (incluyendo sin limitación, las minutas de abogados) o demandas (exceptuando aquellas que surgieron por causa de negligencia o mala conducta intencionada de las personas mencionadas anteriormente) que yo, mis herederos, albaceas, sindico, administradores, asignantes, distribuidores, representantes legales o personales y todos los miembros de mi familia, puedan ahora o en el futuro en contra de tales personas como resultado de o relacionada con cualquier lesión, pérdida, muerte o daños de cualquier forma en absoluto resultando de el aplicante participación en este programa o de cualquier accidente que pueda suceder durante la transportación.

## Aceptación Firma

YO/NOSTROS LLEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO los términos y condiciones indicados y reconozco que este convenio será efectivo y vinculante sobre el solicitante de aquí en adelante.

## Firma del aplicante o

Firma del Padre o Guardián (si es menor de 18) X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por Favor Marque Uno: Padre o Guardián

## THE OAKS Camp and Conference Center

P.O. Box 437

18651 Pine Canyon Road

Lake Hughes, CA 93532

Phone: (661) 724-1018 Fax: (661) 724-0310

oaks@worldimpact.org

www.theoakscamp.org

